

Année 1899

THÈSE

N°

249

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 11 mars 1899, à 1 heure

PAR

René MASSON

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Aix-en-Othe (Aube), le 23 septembre 1873

INDICATION PRINCIPALE

DE LA RUPTURE PRÉCOCE DES MEMBRANES

(EN DEHORS DU PLACENTA PRÆVIA)

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
QUENU et ROGER, agrégés.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1899

Année 1899

No

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 11 mars 1899, à 1 heure

PAR

René MASSON

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Aix-en-Othe (Aube), le 23 septembre 1873

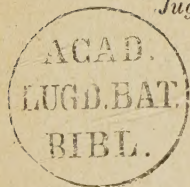
INDICATION PRINCIPALE

DE LA RUPTURE PRÉCOCE DES MEMBRANES

(EN DEHORS DU PLACENTA PRÆVIA)

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : { MM. DEBOVE, professeur.
QUENU et ROGER, agrégés.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	N...
Clinique médicale	{ CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.	{ POTAIN.
Clinique des maladies syphilitiques.	{ JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	{ HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.	{ DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	{ GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	{ FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.	{ JOFFROY.
Clinique d'accouchements.	{ RAYMOND.
	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN.	VAQUEZ
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE OUDIN

A MES PARENTS ET GRANDS-PARENTS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

La poche des eaux est constituée par cette partie des membranes qui viennent faire hernie à travers l'orifice du col plus ou moins dilaté par suite de la pression du liquide amniotique.

Sans entrer dans tous les détails, inutiles ici, de la forme et des variétés qu'elle peut revêtir, il est cependant nécessaire de rappeler qu'elle est tendue et résistante pendant la contraction utérine sous l'influence de la pression plus considérable du liquide amniotique, plus ou moins tendue et bombante selon le degré d'engagement de la partie fœtale ou de la variété de la position. Dans l'intervalle des contractions, elle est au contraire molle et flasque, le doigt la déprime facilement. Cependant, comme Dépaül le fait remarquer, la poche des eaux au lieu de passer par ces alternatives de tension et de relâchement peut, dans certains cas qui nous intéresseront, rester continuellement tendue, lorsque la contractilité utérine elle-même a pris ce caractère.

L'utilité de la poche des eaux est incontestable :

1^o Elle aide puissamment à la dilatation de l'orifice utérin, car, sous l'influence de la contraction, le liquide amniotique refoule la poche d'eau qui s'allonge, écarte les bords de l'orifice utérin ;

2^o En appuyant sur cet orifice, elle provoque des contractions utérines réflexes ;

3^o Enfin en maintenant le liquide amniotique autour du fœtus ; elle permet à ce liquide de continuer à jouer son

rôle protecteur, amortissant la violence des contractions utérines qui, répétées, pourraient gêner la circulation fœtale, et laissant au fœtus une certaine indépendance nécessaire à l'accomplissement de ses mouvements d'engagement, de descente et de rotation, mouvements qu'il serait bien difficile d'exécuter si l'utérus à chaque contraction venait s'appliquer sur lui.

Byford même (1) fait jouer à la poche des eaux un rôle encore plus considérable. D'après cet auteur l'action de la poche des eaux ne serait pas terminée quand la dilatation complète de l'orifice serait accomplie et, après ce moment, si la poche des eaux est conservée, si on a soin de la conserver, elle sera d'une grande utilité dans la distension du périnée.

Dumas a répondu et le fait est admis aujourd'hui, que les membranes ne se rompaient que lorsque le col était complètement dilaté ; mais ce résultat une fois obtenu, elles se rompent presque toujours spontanément, c'est-à-dire, suivant la juste expression du professeur Tarnier, au moment ou « la pression intra-amniotique est suffisante pour triompher de leur résistance ».

Lorsque cette rupture s'effectue au temps d'élection, à la dilatation complète, on dit que *la rupture est tempestive*.

Elle est *précoce* lorsqu'elle se produit entre le début du travail et la dilatation complète.

Elle est *prématurée* quand elle survient quelques heures ou même quelques jours avant tout début de travail.

Nous avons donc ici à envisager les cas seuls où il est indiqué de rompre artificiellement les membranes dans la période de la dilatation de l'orifice utérin, jusqu'au moment où cette dilatation va être achevée.

(1) *Annales de gynécologie*, 1886, Août.

Mais, avant d'entrer dans notre sujet, il nous est très agréable de remercier ici le docteur Bouffe de Saint-Blaise de la grande bonté qu'il nous a témoignée, de la peine qu'il a prise pour nous et des leçons qu'il a bien voulu nous faire pendant son passage à la Maternité de Saint-Louis. Nous adressons aussi nos remerciements aux docteurs Peyrot et Troisier qui ont guidé nos premiers pas dans la pratique chirurgicale et médicale, ainsi qu'aux docteurs Démelin, Tenneson et au docteur Bazy, qui pendant notre année d'externat dans son service, ne nous a ménagé ni les encouragements ni les leçons. Que le docteur Talamon, dont le grand sens clinique et le précieux enseignement de chaque jour au lit du malade nous seront si utiles, et que le docteur Hippolyte Martin, qui fut toujours pour nous d'une si grande bonté et d'une si paternelle bienveillance, soient assurés de notre éternelle reconnaissance.

Enfin nous prions M. le professeur Budin de bien vouloir accepter, lui aussi, nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en présidant cette thèse,

INTRODUCTION

L'importance de la poche des eaux pendant et avant la durée du travail est si considérable qu'on peut prévoir à l'avance qu'il existe peu de cas où l'indication absolue se rencontre de la perforer prématurément ou d'une manière précoce.

Quand cette rupture prématurée a lieu spontanément, et si l'enfant est mort, on peut voir survenir des accidents très graves dus à la pénétration de l'air dans la cavité utérine, à la formation de gaz putrides pour peu que l'utérus tarde à se débarrasser de son contenu.

Quand cette poche des eaux se rompt avant la dilatation complète ce qu'on doit craindre, c'est l'arrêt dans la marche du travail, c'est sa rétrocession. Ajoutons que le fœtus, maintenant que son liquide amniotique est perdu, est plus vulnérable, et les complications matérielles septiques sont bien plus à redouter si le travail tarde trop à reprendre.

Eh-bien ! malgré ce rôle protecteur de la poche des eaux, il est parfois très utile, nécessaire, de la rompre, soit prématurément, soit avant la dilatation complète : c'est lorsqu'on se trouve en présence de placenta prævia avec hémorrhagie ; et quand la distension exagérée de l'utérus due à l'hydropisie de l'amnios ne permet pas à l'accouchement de se faire dans le temps normal.

La rupture prématurée et spontanée ne reconnaît pas absolument et toujours pour cause le placenta prævia, mais quelquefois aussi l'hydropisie de l'amnios, la grossesse gé-

mellaire, les rétrécissements du bassin etc.; mais l'indication la plus formelle de provoquer cette rupture artificiellement se trouve dans les cas d'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur, causant des hémorrhagies graves.

Cette rupture est parfaitement raisonnée et logique, la principale cause de l'hémorrhagie étant due au tiraillement des membranes insérées si près du placenta qu'elles ne peuvent profiter de leur élasticité normale pour former la poche des eaux comme il arrive généralement, et qu'elles entraînent avec elles le placenta qui se décolle. Empêcher la traction sur le placenta, c'est arrêter l'hémorrhagie; et rompre les membranes, c'est supprimer le tiraillement placentaire.

La façon dont agit cette rupture prématurée est un peu plus complexe, l'engagement plus profond de la tête doit grandement entrer en ligne de compte par exemple, mais il n'est pas dans notre programme d'étudier le traitement du placenta prævia; nous n'avons indiqué ici ce traitement que pour montrer qu'il supprimait à la fois la cause et l'effet, et que c'est le but que l'on doit toujours chercher à obtenir lorsque cela est possible.

Nous allons voir aussi que, parmi toutes les indications de rompre d'une manière précoce la poche des eaux, nous n'en trouvons qu'une et une seule ou cette indication soit tout à la fois aussi naturelle qu'efficace: c'est, lorsqu'une femme, est atteinte d'hydramnios ou l'utérus est trop distendu pour se contracter efficacement et pour que le travail aille petit à petit en progressant.

Dans ces cas aussi nous supprimons la cause avec l'effet; nous permettons à l'utérus trop rempli de se rétracter un peu mieux, les contractions plus énergiques s'exercent sur une moins grande surface, et leur résultat plus efficace se traduit par une accélération du travail qui jusqu'alors était languissant.

Bien entendu on peut trouver d'autres circonstances où cette rupture précoce soit nécessaire, mais ces cas sont rares, sont discutables. Tout le monde n'admet pas qu'en présence d'albumine grave la rupture de la poche des eaux soit le meilleur moyen pour interrompre la grossesse, tous les accoucheurs ne sont pas d'accord pour savoir si l'on doit provoquer ou favoriser l'accouchement dans l'éclampsie. Auvaré résume cette question ainsi :

« En somme, en mettant en balance les arguments contraires et les arguments favorables à la provocation de l'accouchement, on voit qu'il est actuellement bien difficile d'arriver à une conclusion nette. Un accoucheur qui la tenterait dans un cas grave d'éclampsie ne pourrait être reprochable. Cependant, comme on possède aujourd'hui dans le régime lacté une arme préventive puissante, comme avec les anesthésiques on calme le plus souvent et on guérit les éclampsies de moyenne gravité, comme d'autre part, les éclampsies graves amènent presque fatalement l'accouchement, et trop souvent la mort, quelque soit la thérapeutique employée, il semble préférable de s'abstenir de l'accouchement provoqué, sauf, indications spéciales. Cette abstention est d'ailleurs conseillée aujourd'hui par la plupart des accoucheurs français » (1).

De même nous ne parlerons pas de la rupture des membranes en cas de procidence puisque, il est de tout intérêt de conserver le plus longtemps possible intacte la poche des eaux, la présence du liquide amniotique protégeant le cordon ; si le fœtus souffrait, du fait de la compression du cordon, il serait indiqué de rompre les membranes pour faire une version, ou une application de forceps, mais dans ces cas, il faut, comme nous allons le voir, que le col présente cer-

(1) Traitement de l'*Eclampsie puerpérale*.

taines conditions indispensables qui font qu'il ne s'agit plus ici de rupture précoce.

Nous allons étudier séparément les cas où il est, ou il a été indiqué de rompre les membranes d'une manière précoce ; nous verrons qu'il n'en est aucune de formelle, quand, sauf celle que nous indiquons, que toutes peuvent et doivent être remplacées par une intervention plus certaine, plus fidèle.

Nous verrons ensuite l'endroit qui doit être choisi pour accomplir cette perforation et la manière de rompre les membranes quand il s'agit d'hydramnios.

Indications de la rupture artificielle des membranes

Si nous cherchons à rassembler les cas où il y a indication de rompre la poche des eaux nous trouvons que cette indication a été recommandée :

1° Quand la poche des eaux tarde trop à se rompre.

2° Quand cette poche est trop résistante et qu'elle éternise le travail.

3° Avant d'introduire la main dans l'utérus pour faire la manœuvre interne, mixte, ou l'abaissement prophylactique d'un pied.

4° Avant d'appliquer le forceps.

5° Quand le travail traîne en longueur ; *tædious labor* des Anglais.

6° Comme moyen de provoquer l'accouchement avant-terme.

7° Dans l'hydramnios aiguë.

8° Dans les cas d'hydramnios au moment du travail.

Toutes ces indications n'ont pas la même valeur ; ainsi la

première qui consiste à rompre cette poche des eaux parce qu'elle tarde trop à se rompre d'elle-même est plutôt destinée à servir de prétexte à un accoucheur trop pressé, ou qui pense gagner du temps, soulager plus rapidement la femme en agissant ainsi.

Mais, dit Velpeau (1), pour être pratiquée sans inconvénient, cette petite opération exige la réunion des conditions suivantes :

1^o Que la dilatation soit *au moins* très avancée.

2^o Que l'enfant soit en bonne position.

3^o Qu'il n'y ait point d'autre obstacle à l'accouchement.

En ne retenant que la première condition qui nous intéresse seule nous voyons que la dilatation doit être très avancée, qu'elle se rapproche de la dilatation complète, et, encore dans ce cas, pourra-t-on voir le travail non pas avancer mais s'arrêter, ou même recéder. Et alors voilà la femme et le fœtus exposés aux inconvénients attachés à la déchirure prématurée de la poche des eaux. Si le fœtus était mal placé, on augmenterait les dangers de la présentation, et enfin l'application des ressources de l'art seraient beaucoup moins favorables si elles étaient nécessaires.

Outre que le cas se présente bien rarement d'une poche des eaux normale, dans un utérus normal, avec un fœtus en bonne position, qui tarde tant à se rompre que le travail se trouve incommodé, nous voyons qu'il serait tout au moins prudent d'attendre que la dilatation soit près d'être complète pour accomplir cette petite opération.

Mais la cause de cette rupture tardive des membranes peut être due à leur résistance anormale.

(1) *Accouchement*, tome II, page 57, 1835.

Résistance anormale des membranes.

On cite des cas, rares il est vrai, où malgré la dilatation complète de l'orifice utérin, malgré les contractions suffisamment énergiques de la parturiente, la poche des eaux qui, normalement se déchire spontanément à ce moment, résiste à la pression. C'est ce que l'on nomme la résistance anormale des membranes. Et cette résistance constitue un obstacle très sérieux à la marche du travail.

On aurait même vu, exceptionnellement, l'œuf intact être expulsé tout entier.

Kokalski, Kootes, Jonance, Evaus, citent des observations.

P. Dubois en a vu deux cas à la Maternité.

Joulin (1) aurait vu se produire l'accouchement d'un œuf complet dont le fœtus avait l'âge de 5 mois, qui se serait agité encore pendant 5 heures après l'expulsion.

On conçoit que de tels cas nécessitent une intervention, que cette résistance des membranes peut amener un décollement prématuré du placenta, et des hémorrhagies.

Le travail aussi est considérablement augmenté, et femme et fœtus peuvent souffrir.

Aussi, l'indication naturelle qui se pose, est celle de rompre ces membranes, mais, à quel moment ?

Quand reconnaîtra-t-on d'abord qu'il s'agit de résistance anormale des membranes en présence d'un travail à marche lente ? Seulement à la dilatation complète ou presque complète, au moment où ces membranes devraient se rompre.

Madame Lachapelle (2) prétend reconnaître, pendant la pé-

(1) *Traité d'accouchements*, 1867.

(2) *Pratique des accouchements*, I, p. 37.

riode de dilatation cette membrane anormale, et c'est, dit-elle, poussée par une sorte d'instinct médical, c'est-à-dire par un ensemble de petites probabilités qui, insuffisantes isolément, me déterminent par leur masse. « L'absence de
« toute obliquité utérine et de tout vice du bassin, la forme
« favorable (basse et d'une rondeur régulière) du ventre, la
« dilatation commencée, la souplesse et l'amincissement de
« l'orifice, une tendance sensible qu'à la tête à s'engager
« dans le détroit, dans lequel elle semble faire un peu sail-
« lie, et enfin l'existence d'une petite quantité d'eau entre
« la tête et les membranes et la forme plate de la poche
« membraneuse, tels sont les signes dont la réunion me dé-
« termine à rompre les membranes. »

Mais, a-t-elle soin d'ajouter, si le cas est douteux, et si l'on n'a pas une expérience consommée, la prudence veut qu'on respecte les membranes et qu'on conserve les eaux.

Ici, on les conservera à cause de l'incertitude du diagnostic, et ce ne sera qu'à la dilatation complète qu'on prendra la précaution de les rompre, en constatant qu'elles sont seules l'obstacle à la terminaison du travail, et devant l'impuissance des efforts utérins à accomplir cette rupture.

Version par manœuvres internes, mixtes.— Abaissement prophylactique d'un pied

Il n'entre pas dans notre sujet de déterminer les circonstances qui nécessitent la version par manœuvres internes, mixtes, ou l'abaissement d'un pied, de même qu'il ne convient pas ici de discuter la valeur du procédé dans telle ou telle occasion. Nous n'avons pas non plus à décrire la manière de pratiquer cette manœuvre, tous les traités d'accou-

chements indiquent longuement le *modus faciendi* ; et on ne saurait nulle part trouver plus de précision et plus de renseignements à ce sujet que dans le merveilleux livre de Farabœuf et Varnier. « Introduction à l'étude clinique des accouchements ».

Mais nous voyons que parmi les conditions nécessaires pour mener à bien cette petite opération obstétricale il en est une qui la favorise particulièrement, c'est l'intégrité de la poche des eaux.

Il sera donc nécessaire au moment de faire la version de la rompre, et c'est en cela que cette manœuvre nous intéresse,

En quoi l'intégrité des membranes est-elle sinon indispensable du moins très favorable à la version.

Où doit-on les rompre ?

Comment doit-on les rompre ?

A quel moment doit-on les rompre ?

Quand les membranes ne sont pas rompues, la version est facilitée par ce fait que le fœtus jouit d'une mobilité bien plus grande dans la cavité utérine, et qu'il se prête mieux à l'évolution que l'accoucheur va lui faire accomplir.

Aussi, même cette version sera-t-elle impossible quand l'utérus complètement ou presque totalement vidé de son liquide amniotique, s'applique avec une énergie quelquefois telle que la main qui cherche à pénétrer aura la plus grande peine à trouver et à saisir le pied du fœtus, à plus forte raison la version reconnaîtra-t-elle des difficultés insurmontables à moins qu'une manœuvre trop brutale ou trop acharnée à l'accomplissement de la version, n'amène, non pas le résultat cherché, mais une rupture utérine.

Les membranes sont intactes, le liquide amniotique est conservé, voilà l'accoucheur satisfait sur ce point où va-

t-il rompre les membranes pour pouvoir pénétrer dans la cavité utérine ?

Aujourd'hui, il n'y a plus aucune hésitation à ce sujet, c'est par la voie la plus naturelle, par celle qui permet d'arriver sûrement et facilement sur les membranes : par le col.

Cependant Peu, Smellie, Deleurye, Boer et même récemment Hüter, Nægelé et Grenser conseillaient d'introduire la main entre les membranes et la paroi utérine, d'arriver ainsi jusqu'aux pieds et de ne rompre les membranes qu'à ce niveau de façon à rompre les membranes et à saisir les pieds tout à la fois.

Les auteurs prétendaient, en agissant ainsi arriver plus facilement au fond de l'utérus, rencontrer et saisir plus promptement les pieds, ce qui paraît bien discutable, et enfin de terminer plus promptement l'évolution du fœtus car celui-ci était par suite de la présence du liquide amniotique tout entier, facilement mobile dans la cavité utérine. Cet argument a seul quelque valeur mais nous allons voir qu'il est facile de conserver presque tout le liquide ou une quantité suffisante de liquide pour faire évoluer le fœtus, tout en pénétrant par le col.

De plus il faut ajouter, qu'en décollant ainsi les membranes de bas en haut, on risque de trouver sur son chemin le placenta qu'il n'est pas toujours facile de l'éviter qu'il risque d'être déchiré, tirailé, et qu'une hémorrhagie doit toujours être crainte.

C'est pour toutes ces raisons qu'il faut toujours rompre les membranes au niveau de l'orifice utérin, et en ayant soin de prendre une précaution qu'on indiquera à propos de la rupture des membranes dans les cas d'hydramnios on évitera l'écoulement du liquide ou de trop de liquide amniotique.

La main étant introduite pendant l'intervalle des douleurs les doigts bien graissés seront réunis en forme de pain de sucre le pouce fléchi dans la paume de la main de façon à la rendre la plus étroite possible et la plus apte à s'enfoncer dans le vagin ; l'extrémité des doigts finit par rencontrer la poche des eaux ; si elle est proéminente, saillante, conique, rien de plus facile que de la déchirer ; si elle est plate, on attendra une contraction qui la tendra sur le bout de vos doigts ou plus simplement on pénétrera directement dans l'utérus en la refoulant avec la main. Mais, au moment même, où cette poche est rompue, introduisez assez rapidement la main tout entière dans l'utérus de façon à boucher bien hermétiquement l'orifice et à empêcher ainsi la sortie du liquide amniotique et, dit Charpentier, il faut se garder d'obéir dans ce cas, à un sentiment instinctif « qui fait machinalement
« retirer en arrière le bras surpris par le contact et la cha-
« leur du liquide amniotique, il faut au contraire enfoncer
« immédiatement la main et le bras, le col revient alors sur
« lui-même et la quantité perdue de liquide amniotique est
« insignifiante. »

La main dans l'utérus va à la recherche du ou des pieds.

Mais pour qu'un col utérin permette ainsi à la main tout entière, même repliée, de pénétrer au travers de lui, il est nécessaire que le col soit complètement dilaté ou complètement dilatable et voilà où nous voulions arriver.

Schnœder prétend que non seulement il n'est pas indispensable de faire cette manœuvre au moment de la dilatation complète, mais que la version aura d'autant plus de chance de réussir qu'elle sera pratiquée plus tôt.

Sans parler des dangers pour le fœtus qui peuvent résulter de cette intervention hâtive : redressement du bras lorsque le col ayant glissé à frottement dur sur le thorax du fœtus rencontre la saillie des bras, les refoule en haut on

les défléchit; de la rétraction du col sur le cou, qui va défléchir la tête et enserrer le cou comme un bouton dans une boutonnière; d'où impossibilité du dégagement, souffrance du fœtus, mouvements inspiratoires prématurés.

Sans vouloir parler de ces accidents qui surviendront au moment de l'extraction du fœtus, la pénétration de la main dans un col non dilaté ou non dilatable amènera presque sûrement une déchirure plus ou moins grave du col et des désordres qui pourront mettre la femme en danger.

Ainsi donc l'opinion de Schnœder doit et est abandonnée, la version ne sera faite qu'à la dilatation complète, et les membranes si elles sont heureusement conservées ne seront rompues qu'à ce moment.

Il en sera de même du moment choisi pour abaisser le pied quand on se trouve en présence d'un siège décomplété mode des fesses.

Application de forceps

Parmi les conditions indispensables pour que l'on puisse appliquer le forceps, il en est une qui se rapporte à l'intégrité de la poche des eaux.

Il faut avant d'appliquer le forceps que les membranes soient rompues, et, comme recommandent Farabœuf et Varnier (1), qu'elles soient largement rompues afin que les cuillers du forceps puissent pénétrer facilement dedans, et s'appliquer directement sur la tête sans craindre de les pincer et d'exercer ensuite sur le placenta des tiraillements qui pourraient le décoller prématurément et produire une hémorrhagie dont les conséquences seraient d'une gravité particulière pour la femme.

(1) FARABŒUF et VARNIER, *Introduction à l'étude clinique des accouchements*.

Cette indication et cette précaution avaient une importance plus considérable autrefois qu'aujourd'hui.

Car autrefois l'application des cuillers se faisait la main introduite plus ou moins loin dans le vagin où le segment inférieur de l'utérus; elle était en contact plus ou moins direct avec les membranes, et l'on pouvait craindre que l'accoucheur pressé d'intervenir ou inquiet et troublé ne se soit pas préalablement préoccupé de l'intégrité de la poche des eaux. Les membranes n'étant pas rompues il s'efforçait d'appliquer le forceps tant bien que mal, plutôt mal que bien, et les conséquences de cette imprévoyance se traduisaient par une hémorrhagie abondante, due au placenta décollé.

Or, maintenant, cette indication est presque surannée car, que l'orifice soit complètement dilaté, ou simplement dilatable, que la poche des eaux soit ou non rompue, l'accoucheur ne commettra aucune imprudence, s'il suit, et il doit le suivre, le précepte de Pinard pour l'application du forceps.

« Toujours, la main qui ne tient pas la branche à introduire, dit-il, doit précéder la cuiller et la guider dans les parties maternelles. La première main-guide peut être, doit-être introduite dans l'utérus, *jusqu'au niveau de l'oreille du fœtus*; la seconde, si elle ne peut monter aussi haut, doit toujours, pour le moins, dépasser le bord de l'orifice utérin.

« C'est une règle générale absolue qui doit présider à toute application de forceps ».

Or cette main qui va à la recherche de l'oreille postérieure, qui doit la sentir, qui doit reconnaître la convexité du lobe qui fera connaître à l'accoucheur la position exacte de la tête fœtale, ne pourra arriver à ce résultat qu'en pénétrant dans l'œuf même, à travers les membranes rompues.

Et, si ces membranes ne sont pas rompues prématurément, et spontanément, la main-guide accomplira cette dilacération et cette dilacération sera faite largement puisque toute la main devra pénétrer. La cuiller du forceps ne risquera pas de pénétrer entre les membranes et la paroi utérine, la prise sera meilleure, plus facile, et l'hémorrhagie placentaire évitée.

De plus, il sera inutile de retenir le précepte que l'on trouvait en tête du chapitre relatif aux conditions d'application du forceps, il peut être supprimé ou tout au moins n'être pas mis sur le même plan que celui-ci :

Le forceps ne doit être appliqué qu'à la dilatation complète du col ou lorsque le col est parfaitement dilatable.

Accouchement provoqué.

Parmi les nombreux moyens proposés pour provoquer l'accouchement il en est un qui, aujourd'hui, semble être abandonné, c'est la rupture des membranes. Aussi n'en parlerons-nous que pour le rejeter à cause de ses nombreux inconvénients, la lenteur de son action et les conditions défavorables dans lesquelles la mère et le fœtus se trouvent du fait de la disparition du liquide amniotique. *

Si l'accouchement provoqué était indiqué, ce n'est pas à la rupture artificielle des membranes qu'il faudrait s'adresser, mais aux ballons de Barnes, de Tarnier, de Champetier de Ribes, qui agissent à la manière d'une poche des eaux; ils excitent l'utérus à se contracter et amènent rapidement le travail, tout en conservant le liquide amniotique, on n'a pas à craindre une rétrocession du travail.

Cette indication se rencontrera dans certains cas d'accidents gravido-cardiaques, dans les cas d'albuminurie grave

nécessitant l'interruption de la grossesse, etc., et dans les cas de rétrécissement du bassin.

Mais, non seulement la rupture artificielle des membranes doit être prescrite au profit d'une méthode plus sûre, plus fidèle ; mais l'accouchement provoqué lui-même semble avoir fait son temps, et la symphyséotomie, met un terme aux discussions sans cesse renouvelées afin de savoir le moment ou l'accouchement devait être provoqué en cas de rétrécissement du bassin, quel degré le rétrécissement du bassin ne devait pas dépasser, quel moyen employer, etc.

Voici quelles sont les conclusions que Pinard a faites dans sa leçon du 7 décembre 1893 (1) :

1^o Abandon de l'accouchement provoqué dans tous les cas où la symphyséotomie peut permettre le passage d'une tête de fœtus à terme ;

2^o Abandon de toute application de forceps pour résistance osseuse (que cette résistance siège au détroit supérieur, dans l'excavation, ou au détroit inférieur) ;

3^o Abandon absolu de l'embryotomie sur l'enfant vivant ;

4^o Agrandissement momentané du bassin (par symphyséotomie, pubiotomie, ischio-pubiotomie, coccygotomie) dans tous les cas où il y a résistance osseuse non vaincue par les contractions, la tête étant bien orientée et où le calcul me démontre que la section du bassin permettra le passage de la tête.

5^o Amputation utéro-ovarique dans les cas d'étroitesse absolue.

« Depuis deux ans, m'appuyant sur les préceptes formulés par Farabœuf, j'applique la méthode nouvelle, j'enregistre et j'observe minutieusement ; et, aujourd'hui je viens vous redire avec conviction : entrez dans cette

(1) *Annales de Gynécologie.*

« voie nouvelle, c'est la bonne, ou tout au moins c'est la
« meilleure connue à l'heure actuelle.

« J'ai maintenant abandonné toute application de for-
« ceps au détroit supérieur dans les rétrécissements du
« bassin, parce que j'ai vu trop de têtes fracturées; j'ai
« abandonné l'accouchement provoqué parce que j'ai fait
« naître trop de fois des enfants non viables, parce que
« dans d'autres circonstances j'intervenais trop tard et
« parce qu'enfin, les travaux les plus récents des neuro-
« pathologistes démontrent qu'un enfant né avant terme,
« difficilement est bien plus qu'un autre candidat aux diplé-
« gies cérébrales. De là tous mes efforts pour agrandir le
« canal qui doit traverser le fœtus.

Tœdious labor.

Sans nous préoccuper des divisions proposées par Nœge-
lé et Greuzer (1) en trois catégories suivant la durée et le
moment d'apparition de l'inertie utérine; de celles de
Cazeaux; nous dirons avec Jacquemier (2) que cet état con-
siste en ce que les contractions utérines n'ont pas le degré
d'intensité, de durée, de fréquence qu'elles devraient avoir
relativement à la constitution particulière de la femme en
travail; elles sont insuffisantes pour surmonter les résis-
tances normales que rencontre l'expulsion du fœtus dans
l'accouchement naturel, ou qu'elles ne peuvent les surmon-
ter qu'avec beaucoup de peine et de temps. Le travail qui
survient ou plutôt qui ne survient pas chez certaines
parturientes, sous l'influence de causes très diverses et
quelquefois même sans cause nettement appréciables.

(1) NŒGELE et GREUZER. *Traité d'accouchement*, 1880.

(2) JACQUEMIER, *Manuel d'accouchement*.

Je suis loin de dire que tout travail qui n'avance pas provient de la faiblesse des contractions, de l'inertie utérine, car une contraction qui normalement serait suffisante pour faire avancer la dilatation peut, dans les cas de rigidité, d'oblitération, de dégénérescence cancéreuse du col, d'étroitesse du bassin, etc., être impuissante à sa tâche, si la dilatation ne progresse pas ce n'est pas la faute de la contraction. Or ici, nous n'aurons en vue que la dystocie qui peut résulter de la faiblesse de la contraction utérine. Ce premier point est très important à préciser car ce n'est que dans ce cas seulement que nous verrons qu'il y aurait parfois indication de rompre la poche des eaux pour faire avancer le travail. Ainsi il est fréquent de voir les douleurs se ralentir, se suspendre même chez certaines femmes nerveuses, émotives, à l'arrivée du médecin. La présence d'une personne antipathique auprès d'elles peuvent avoir le même résultat ; de même une frayeur, une émotion morale vive. Il est évident qu'ici la rupture n'aurait aucune raison d'être ; d'ailleurs cette suppression des douleurs n'est que momentanée et peu de temps suffit pour les voir réapparaître. La seule indication est de calmer la personne, de la rassurer ou d'éloigner les gens antipathiques. Si l'arrêt des contractions est dû à une accumulation d'urine dans la vessie, l'évacuation tout simplement sera suffisante pour ramener la continuation du travail.

Tout cela ne constitue pas le *tœdius labor*. Le travail lent et ennuyeux.

Ce *tœdius labor* s'observe quelquefois sans causes, chez des personnes robustes comme chez des personnes faibles.

Mais la faiblesse du système musculaire n'a que peu d'influence, sur la force contractile de l'utérus, et celle-ci est parfois très énergique chez des personnes phthisiques par exemple. Le travail marche même parfois plus rapidement

chez ces individus, car le peu de résistance qu'offre alors le plancher du bassin, lorsque la fibre utérine conserve toute sa contractilité, semble favoriser la rapidité du travail (1).

Il n'est pas rare cependant d'observer cette lenteur dans le travail chez des femmes qui présentent un développement considérable et exagéré du tissu adipeux.

De même, l'utérus semble à la suite d'accouchements laborieux être frappé d'impuissance ; c'est dans ces cas que l'on peut dire qu'il y a vraiment *tœdius labor*.

Cette faiblesse peut se manifester à toutes les périodes du travail et persister pendant tout le temps du travail, ou au contraire ne se produire que pendant l'une d'elles : soit pendant la période de dilatation soit pendant la période d'expulsion. Nous ne parlerons pas de cette dernière expulsion, car à ce moment le traitement de l'inertie utérine par la rupture prématurée n'a pas sa raison d'être puisque la poche des eaux est rompue ou supposée rompue ; d'ailleurs ici le danger pour la mère et pour le fœtus est autrement grand qu'à la période de dilatation et réclame des moyens autrement énergiques tels que l'application du forceps par exemple.

Ainsi donc nous n'avons à envisager que les cas où le *tœdius labor* survient entre le début du travail et la dilatation complète.

Cette période de dilatation va durer 24, 48 heures et plus, tantôt par suite de douleurs qui peuvent être régulières et assez énergiques mais qui se reproduisent à intervalles si éloignés que le travail semble rétrocéder dans l'intervalle des contractions, tantôt au contraire on voit survenir des douleurs fréquentes, mais rapides, à peine accusées, d'autres fois elles sont irrégulières et dans leur apparition et dans leur durée et dans leur intensité, et le travail se

(1) CAZEAUX, *Accouchement*, p. 609, 1870.

fait avec une lenteur désespérante. Enfin si cette dilatation s'est effectuée, l'utérus paraît avoir dépensé toute son énergie et au moment de l'expulsion il ne peut plus rien fournir, frappé d'inertie.

Généralement la femme et le fœtus ne sont que médiocrement incommodés par cette paresse utérine, et dans ce cas pour peu que le travail progresse, il faut se borner à surveiller les bruits du cœur du fœtus et à faire patienter la femme, et à lui faire ménager ses forces ; on la laissera marcher si elle le désire, les secousses de la marche pouvant pour certaines personnes provoquer les contractions utérines, comme il arrive quelquefois que chez d'autres le décubitus dorsal réveille les contractions et plus énergiquement, on ne la tourmentera pas par des examens répétés, on surveillera l'état de la vessie et du rectum, on ordonnera le thé, le café, le grog ; eau de mélisse, les bains tièdes.

Mais si le travail se prolonge, si les douleurs persistent, la fatigue survient avec l'absence de sommeil, la tension du système nerveux. Souvent alors viennent se joindre les vomissements ; la peau est brûlante et sèche, les traits se tirent et le poulx bat à 100 pulsations.

Cet état de souffrance va même être ressenti par le fœtus dont les pulsations se troublent.

Alors si les douches vaginales tièdes, si surtout les grands bains n'ont pas réussi à calmer et à soulager la femme, si la femme est à bout et n'écoute plus vos exhortations à la patience, alors seulement la rupture artificielle de la poche des eaux paraît indiquée. Nous ne parlerons même pas des moyens proposés autrefois tels que le seigle ergoté, le cannabis indica, l'expression utérine ou méthode de Kristeller, l'électricité proposée par Apostoli.

Mais, il ne faut pas oublier que l'inertie utérine est cau-

sée souvent par la rupture prématurée des membranes et que, si cette rupture est parfois suivie d'effets immédiats tels qu'un accouchement qui avait trainé 24 heures et plus pour arriver à la dilatation d'une pièce de 5 francs, progresse rapidement pour se terminer en 2 heures, il faut s'attendre à des succès; il faut même avoir présent à l'esprit que cette dilatation qui est arrivée presque à la dilatation complète, peut s'arrêter à ce moment et les phénomènes graves survenir, si graves qu'une extraction forcée peut être rendue nécessaire.

Devant cette éventualité, devant aussi l'incertitude du résultat, ne vaudrait-il pas mieux employer le ballon de Champetier? Son action mécanique puissante, la certitude d'arriver rapidement à la dilatation complète en ménageant les forces de la femme, la quasi certitude de conserver intact le liquide amniotique, ce qui est loin d'être à dédaigner si une intervention devenait urgente; toutes ces raisons mettent en évidence la valeur du ballon et la préférence qu'on doit lui accorder sur la rupture des membranes, surtout que cette rupture n'est permise que dans certaines conditions :

1° Il faut que le col ait acquis un certain degré de dilatation et qu'il ne soit pas rigide. Plus la dilatation sera avancée et plus sûre serait l'efficacité de l'intervention.

2° Il faut encore que le fœtus soit en bonne position et, autant que possible, la tête devra se présenter en antérieur.

3° Que le bassin soit bien conformé.

4° Enfin, il faut qu'il n'y ait pas de complication. La procidence du cordon n'existe avant la rupture des membranes qu'à l'état virtuel, cette procidence s'exagérera au moment de la rupture et pourra devenir inquiétante.

Hydramnios

L'hydramnios peut survenir d'une façon très brusque au cours de la grossesse : hydramnios aiguë, ou bien lentement et progressivement jusqu'à l'accouchement. Dans les cas d'hydramnios survenant brusquement, les symptômes peuvent être si inquiétants que la vie de la femme se trouve en danger et qu'une intervention s'impose. Le repos au lit, le régime lacté, les diurétiques, l'iodure de potassium n'ont aucune influence sur la marche de l'affection, les phénomènes de compression même augmentent, la dyspnée devient plus vive ; devant ces accidents une indication s'impose, c'est de vider l'utérus.

La nature, il est vrai, semble indiquer ce moyen en provoquant les contractions prématurées qui amènent quelquefois la rupture des membranes et l'interruption de la grossesse.

Mais ces contractions le plus souvent sont insuffisantes à déterminer le travail ; elles ne font qu'augmenter les douleurs de la femme ; l'accoucheur doit venir en aide.

Souvent, dans ces cas d'hydramnios aiguë, c'est un avortement que l'on doit faire, l'accoucheur prend une grande responsabilité il est vrai, mais devant la nécessité absolue de sauver la mère, il faut sacrifier l'enfant et interrompre le cours de la grossesse.

« Car, si l'on sacrifie en effet sûrement le fœtus, on sauve
« presque certainement la mère, et nous croyons, qu'entre
« la conservation d'une femme qui a ou peut avoir d'autres
« enfants, et celle, plus ou moins problématique d'un fœtus
« soumis à toutes les conditions fâcheuses dans lesquelles
« il se trouve, par le seul fait de l'hydramnios, non seule-
« ment la provocation de l'avortement est autorisée, mais

« qu'elle est indiquée et que l'accoucheur qui hésiterait à
« intervenir ainsi dans ces cas, manquerait à la fois et à sa
« conscience et à ses devoirs professionnels (1). »

Mais l'hydramnios ne survient pas toujours avec cette brusquerie et ce cortège de symptômes inquiétants, loin de là ; l'hydropisie de l'amnios survient lentement, progressivement et ce n'est qu'à une période avancée de la grossesse très souvent durant le dernier mois de la gestation, que se produisent les accidents graves.

Jusqu'alors, l'intervention est inutile, l'accoucheur se contentera de surveiller la femme et d'instituer le traitement médical qui, s'il est inefficace, aura du moins l'avantage de faire patienter la femme et le médecin : on ordonnera les diurétiques, les purgatifs, le sulfate de quinine, et l'on s'efforcera ainsi de gagner le plus de temps possible, afin que, si l'on est obligé d'intervenir, de ne faire cette intervention que vers le 7^e, le 8^e ou le 9^e mois.

En agissant ainsi, on sauvegardera les intérêts de la mère, et on amènera le fœtus au terme le plus rapproché de celui de la grossesse normale.

Ainsi donc, pendant la grossesse, en cas d'hydropisie aiguë de l'amnios et devant les menaces de symptômes inquiétants, quelle que soit l'âge du fœtus, on interviendra en retirant une certaine quantité de liquide sans s'occuper du moment de l'intervention.

S'il s'agit d'hydramnios à marche lente, à symptômes atténués, l'accoucheur patientera et devra faire patienter la femme jusqu'au moment où il serait imprudent et criminel d'attendre encore, la vie de la femme étant en danger.

Ces faits sont rares et généralement tant bien que mal la

(1) CHARPENTIER, *Traité des accouchements*, I, p. 918. — JOULIN, *Traité des accouchements*, 1837, p. 890.

parturiente arrive au terme normal de la grossesse et les douleurs du travail surviennent.

Que doit-on faire lorsqu'on est appelé devant une femme en travail, quand elle est atteinte d'hydramnios.

Cela dépendra de la marche du travail, de l'état d'engagement du fœtus, de la procidence ou non du cordon.

Dans les cas les plus simples et qui sont loin d'être rares, le fœtus se présente par l'extrémité céphalique, la tête est fixée, bien engagée, le travail marche plus ou moins vite mais d'une manière suffisante :

Ici rien à faire, qu'à attendre, il s'agit d'un accouchement qui se fera normalement.

Mais, brusquement ou petit à petit, l'utérus trop distendu, ou fatigué de lutter cesse de se contracter, d'une façon suffisamment énergique pour faire progresser le travail, ou même cessent tout à fait de se faire sentir : l'utérus est comme contracturé, tétanisé.

« Pour que les muscles creux, dit Levret, puissent se contracter, il ne faut pas qu'ils aient souffert une trop grande dilatation, sans quoi ils deviennent comme paralytiques, sinon en totalité et pour toujours, au moins dans leur plus grande partie et pour un certain temps (1) ».

Alors si les bains tièdes, les douches vaginales chaudes, si le massage abdominal léger ne fait pas cesser cette inertie, si aucun changement ne survient qui amène la reprise du travail, et si la dilatation mesure trois travers de doigt, il y a indication de rompre les membranes, en ayant soin de prendre certaines précautions que nous allons indiquer tout à l'heure.

C'est un moyen assuré de voir avancer la dilatation et

(1) LEVRET. *Accouchements laborieux*, p, 449. 1780.

quelquefois d'une façon très rapide ; car, sous l'influence de la déplétion utérine, le muscle utérin se contracte avec plus d'énergie, ses contractions plus fortes sont aussi plus efficaces car elles s'exercent sur le fœtus lui-même dont la tête arrondie et non résistante saura mieux dilater l'orifice utérin que la poche des eaux plate et non bombante que l'on rencontre dans ces cas d'hydramnios à travail languissant.

Pour ces deux causes donc, déplétion utérine favorisant la contraction plus énergique du muscle ; substitution à la poche des eaux plate et inpuissante à dilater l'orifice, une surface arrondie et résistante sur laquelle s'exerce maintenant une poussée très forte ; il est naturel et nécessaire de rompre la poche des eaux.

Enfin, en cas d'hydramnios, il est encore une raison de rompre d'une façon prématurée la poche des eaux, c'est, lorsque le fœtus n'est pas engagé, et cela se présente très fréquemment.

Velpeau (1) dit : « Quand la position de l'enfant n'est pas
« fixe, quand on voit les hanches, l'épaule, la tête ou toute
« autre partie se présenter tour à tour au centre du détroit,
« il faut rompre les membranes. Dans ce cas, on choisit le
« moment où la tête est bien placée pour rompre la poche,
« parce que cette rupture abandonnée à la nature, pourrait
« tout aussi bien se faire lorsque la position est désavanta-
« geuse que quand elle est la plus favorable.

« Si la poche des eaux ne conserve pas la forme d'un
« segment de sphère, est très allongée ou pyriforme, sa
« présence n'étant d'aucun secours pour les progrès de la
« dilatation, il faut la rompre sans trop faire attention au
« degré d'ouverture de l'orifice ».

(1) VELPEAU. *Accouchements*. Tome II, page 57.

Mais la mobilité du fœtus n'a pas besoin d'être aussi grande pour que l'indication se présente de rompre la poche des eaux, il suffit que malgré la présentation céphalique constatée même à plusieurs reprises, l'engagement ne se fasse pas pour qu'on cherche à prévenir une présentation vicieuse.

D'autant plus, que dans ces conditions la poche des eaux s'ouvrant largement, la sortie du liquide amniotique s'effectuera brusquement et qu'avec une mauvaise présentation fœtale, on risquera d'avoir une procidence du cordon ; sans compter qu'une intervention venant à s'imposer, l'accoucheur sera fort embarrassé si la plus grande partie du liquide s'était écoulée.

L'avantage de pratiquer soi-même ce que la nature peut dans certains cas faire mal est donc bien évident. En rompant artificiellement les membranes on pourra régler à volonté l'écoulement du liquide en agissant comme le conseille Tarnier, on évitera une mauvaise présentation ; on empêchera une procidence du cordon.

Ainsi donc pour nous résumer : il y a plusieurs causes qui peuvent obliger l'accoucheur à pratiquer la rupture prématurée de la poche des eaux dans les cas d'hydramnios.

1^o Dans l'hydramnios aiguë quand la vie de la femme est en danger, sauf restriction que nous allons voir.

2^o Dans l'hydramnios à marche lente, quand après avoir temporisé, les symptômes deviennent menaçants.

3^o Quand, au moment de l'accouchement, le travail progresse lentement ou s'est arrêté.

4^o Quand, par suite du non engagement du fœtus, on a lieu de craindre une mauvaise présentation ou une procidence du cordon.

Où et comment et à quel moment doit-on faire la rupture des membranes.

Il semble au premier abord qu'il ne puisse y avoir d'hésitation sur le lieu d'élection de la rupture de ces membranes. Le col utérin est généralement suffisamment ouvert par suite des contractions ordinaires ou prématurées de la matrice, les membranes bombent ou sont suffisamment accessibles pour que, avec l'ongle, ou mieux un instrument piquant, il soit très facile de les déchirer.

Cependant, dans certains cas, on aurait pu espérer prolonger la grossesse, si l'enfant n'était pas à terme, et même traiter avec chance de succès les cas d'hydropisie aiguë en ponctionnant l'utérus par la partie abdominale. En retirant l'excès du liquide, on aurait eu l'espoir de voir avec les symptômes disparaître, la grossesse suivre son terme :

Tillaux (1) a publié un cas très intéressant d'hydramnios aiguë, au sujet duquel il fit une ponction de l'utérus à travers la paroi abdominale, dans le but de faire le diagnostic, car l'utérus distendu par une énorme quantité de liquide devient difficile à palper, le fœtus difficile à sentir et de parer aux accidents graves de dyspnée cyanose, anasarque qui survenaient chez cette femme.

Cette ponction fut faite au moyen d'un trocart ordinaire, on laissa suffisamment de liquide pour permettre à l'enfant de vivre dans des conditions à peu près normales.

« La malade se trouva extrêmement soulagée, les mouvements de l'enfant sont sentis par la mère plus fréquents, plus forts que jamais », et la grossesse continua ; mais on apprit qu'un mois après la ponction elle accouchait au terme de 6 mois, de deux jumeaux.

Il faut retenir de ce fait que la ponction intra-abdominale de l'utérus surdistendue par un excès de liquide peut être

(1) *Gazette des hôpitaux*, 18:6.

faite sans inconvénient pour la mère, à condition bien entendu, que l'on ait fait une antiseptie rigoureuse.

2° La vie du fœtus n'a pas été interrompue.

3° Les accidents graves ont été conjurés.

4° L'avortement n'a pas été amené du fait même de la ponction.

Lepage, qui rapporte cette observation, en publie une autre presque identique et dit, parmi ses conclusions : « Sans doute, dans la plupart des cas, la ponction abdominale de l'utérus gravide expose à l'accouchement prématuré ; mais dans les observations qui nous occupent (hydramnios aiguë) l'avortement ou l'accouchement prématuré n'a guère d'importance et surviendrait au moins aussi facilement à la suite de la ponction des membranes par la voie vaginale.

Dans les cas de surdistension abdominale par une hydropisie de l'amnios la ponction exploratrice est le vrai moyen qui permette d'éclairer le diagnostic et de soulager rapidement la femme sans aucun danger pour elle (1).

Enfin Phocas (2), a traité une hydramnios aiguë par la ponction abdominale, et la grossesse a pu suivre son cours ; voici l'observation résumée.

Le 4 octobre 1889, le docteur Phocas est appelé auprès d'une femme enceinte qui n'avait jamais été malade et dont trois grossesses antérieures s'étaient parfaitement terminées. Les 8 premiers mois se passèrent sans incidents, mais à ce moment le ventre qui n'était que médiocrement distendu s'est mis tout-à-coup à enfler. En 15 jours, il a pris de grandes proportions, les jambes ont gonflé et la respiration devint par moment difficile.

L'abdomen est énormément distendu, la sensation de flot est très nette, la matité à la percussion monte jusqu'à deux travers de doigt

(1) LEPAGE, *Annales de gynécologie*, 1888.

(2) PHOCAS, *Annales de gynécologie*, 1890.

au-dessous de l'appendice suphoïde elle se termine par une ligne courbe à convexité supérieure et disparaît de chaque côté au niveau des flancs. Elle se maintient dans ces limites malgré les changements de position imprimés à la malade ; à l'auscultation, pas de battements fœtaux ni de souffle.

Le col est très élevé, mou, entr'ouvert, pas de ballottement.

En présence de la difficulté du diagnostic et pour reconnaître s'il s'agissait d'un kiste de l'ovaire simple, ou compliqué de grossesse, ou d'hydramnios, la ponction fut faite et était d'ailleurs indiquée par suite des troubles respiratoires, du gonflement des jambes, de la faiblesse de la malade.

Une première ponction de la paroi abdominale ne donna aucun résultat malgré la grosseur du trocart. Deuxième ponction près de la ligne médiane ; l'écoulement a lieu, se ralentissant et s'interrompant par intervalle, en même temps qu'on avait l'impression d'un corps qui durcit. L'utérus seul pouvait être le siège de pareilles contractions.

Il fut retiré 4 litres de liquide et la malade se trouve très soulagée, la dyspnée a disparu ainsi que l'œdème des jambes.

La malade fut revue plusieurs fois ensuite ; elle est tout à fait bien portante et attend avec patience le moment de son accouchement.

C'est donc, dans l'hydramnios aiguë à la ponction abdominale qu'on devra d'abord s'adresser. Que risque-t-on de plus qu'en rompant les membranes au niveau du col ? Rien. Et au moins tout en parant aussi sûrement aux accidents de la femme on peut conserver quelque espoir de voir la grossesse continuer comme dans l'observation de Phocas.

Mais, quand le travail s'est déclaré, c'est par l'orifice utérin que la perforation des membranes aura lieu. On n'a plus en effet les mêmes considérations à envisager que dans l'hydramnios aiguë.

Comment s'y prendra-t-on pour rompre les membranes ? A cause de la surdistension de l'utérus cette inter-

vention nécessite un petit tour de main, si je puis parler ainsi, un peu particulier.

Mais avant d'intervenir, il est nécessaire de s'assurer que la poche des eaux est bien rompue, et que ce n'est pas la tête du fœtus que l'on a prise pour la poche des eaux tendue.

Comment saura-t-on qu'on a bien affaire aux membranes et non au cuir chevelu de l'enfant ?

On a conseillé de faire le toucher pendant la contraction utérine, on trouvera, si la poche est saillante, les membranes très tendues et le doute n'est pas permis. Mais si la poche est plate, si elle ne se tend pas durant la contraction, elle est tout au moins lisse et cette sensation est différente de celle que donnerait les cheveux de l'enfant et le plissement de la tête pendant l'effort de la contraction utérine.

Que si l'on hésitait encore, et afin d'éviter une erreur très préjudiciable à l'enfant, puisqu'au risque de percer non pas la poche des eaux mais les téguments de son crâne, il faut introduire l'index et le medius aussi haut que possible entre la tête et le col.

Si les membranes sont rompues, les doigts en déplaçant un peu la tête, permettront au liquide amniotique de s'écouler, on pourra le recueillir dans la paume de la main ce qui ne laissera aucun doute sur la rupture des membranes.

Si les membranes étaient intactes, il serait impossible de recueillir le liquide. Nous ne parlons que pour mémoire de l'hydrorrhée.

Aussi, aucun doute ne persiste, ce sont bien les membranes qui se présentent au niveau du col de l'utérus ; il est indiqué de les rompre, comment doit-on faire ?

L'instrument importe peu ; la pointe de petits ciseaux, une plume d'oie, une aiguille à tricoter. Il n'y a pas bien long-

temps on se servait tout simplement de l'ongle que l'on avait taillé en encoche.

On trouvera plus commode de se servir de tige de baleine terminée par une pointe d'os ou d'ivoire.

Le perce-membrane le plus communément employé est en métal, de 25 centimètres de long, suffisamment flexible, terminé en pointe. Rien de plus simple de le stériliser par la chaleur, ou un agent antiseptique, quand il est nécessaire de l'employer. Mais le plus souvent le doigt suffit : toutefois ce doigt ne doit être ni brutal, ni aveugle dans son action, car en rompant au hasard, sans méthode, cette poche des eaux, on risque de voir le liquide, par suite de sa quantité considérable, se précipiter à flots, augmentant l'ouverture faite aux membranes, une proci-dence d'un membre ou du cordon se produire si ce cordon, ce membre, trouvé par le liquide sur son chemin est entraîné avec lui.

Cette brusque évacuation du liquide serait, d'après Charpentier (1), cause d'une autrement grave complication. Plus l'utérus se viderait rapidement, plus vite il aurait tendance à revenir sur lui-même d'où la possibilité d'un décollement partiel en un ou plusieurs points et hémorrhagies plus ou moins sérieuses pouvant nécessiter une intervention rapide.

Enfin il faut compter avec la syncope, ou tout au moins un sentiment de malaise quelquefois très vif comme peuvent en éprouver les malades atteints de pleurésie, d'ascite ou de rétention d'urine, et auxquels on retire brusquement une grande quantité de liquide pleural, abdominal ou vésical.

(1) CHARPENTIER. *Traité pratique des accouchements*, tome I, p. 917.

Ainsi donc il faut éviter autant que possible que le liquide ne s'écoule d'une façon trop rapide et pour cela on agira comme le conseille Tarnier (1) avec la restriction que nous indiquerons plus loin. On introduira l'index de la main droite dans le vagin jusqu'au contact des membranes, les autres doigts seront fermés dans le creux de la main, de façon à former comme un tampon qui fermera d'une manière efficace l'orifice vulvaire. On attendra le moment d'une contraction dont l'effet sera de faire bomber la poche, de tendre les membranes. Celles-ci, en s'appliquant sur le doigt solidement maintenu rigide, peuvent se rompre par ce seul fait, sinon, un petit coup d'ongle et l'ouverture est créée. A ce moment le liquide va s'écouler, au lieu de retirer la main, appliquez-la ferme contre la vulve, et vous en arrêterez ou modérerez la sortie.

Voilà ce que propose Tarnier, mais je crois que ce procédé, efficace la plupart du temps, ne mettra pas toujours à l'abri des complications qui peuvent résulter d'une issue trop rapide du liquide amniotique.

D'abord, le moment est mal choisi de rompre les membranes pendant la contraction de l'utérus

Si l'utérus ne se contracte pas, si les membranes ne bombent pas, il peut y avoir une certaine difficulté à les rompre avec l'index.

Enfin, si l'engagement céphalique n'est pas effectué, le fœtus peut être saisi et immobilisé dans une mauvaise position.

Aussi, au précepte général de fermer l'orifice vulvaire pour arrêter le brusque écoulement, faut-il ajouter deux précautions d'une grande importance :

(1) GUILLEMET, Thèse de Paris, 1876.

1° Choisir le moment où l'utérus est au repos et ne se contracte pas.

2° Faire maintenir fléchie la tête qui se présente pendant l'écoulement du liquide amniotique.

Il est préférable, en effet, de ne pas choisir le moment d'une contraction, car c'est à ce moment-là que l'effort utérin dirige vers la partie inférieure de l'utérus la pression qu'il exerce sur le liquide, et par conséquent l'orifice qui vient d'être ouvert, tendant à agrandir cet orifice, ce qui ouvrira une plus large porte à sa sortie.

S'il est vrai que le liquide ne s'écoulera pas au dehors, il s'écoulera assez brusquement dans le vagin, et pour peu qu'une procidence ait tendance à se produire, elle pourra se produire.

Mieux vaut donc avoir un peu plus de difficulté à rompre les membranes, ou même employer un perce-membranes, et choisir l'intervalle des contractions. On risquera moins de voir se produire les procidences ou le décollement du placenta.

De plus, il est nécessaire, pendant qu'on règlera à volonté la sortie du liquide, de maintenir, ou mieux de faire maintenir la tête au niveau du détroit supérieur, en ayant soin qu'elle soit fléchie ; on ne l'abandonnera qu'au moment où une contraction utérine ou son propre poids l'aura suffisamment fixée et maintenue dans la bonne position.

On évitera ainsi les présentations vicieuses de l'épaule, ou même de la face, qui pourraient résulter de l'*inobservance* de cette petite précaution.

Telles sont les restrictions apportées au précepte de Tarnier, qui reste toujours le meilleur mode de rupture des membranes dans les cas d'hydramnios, et qui certainement est préférable à l'emploi du trocart courbe inventé par Meissner pour aller perforer les membranes à la partie moyenne

de l'œuf, afin de conserver une partie du liquide amniotique, et éviter les procidences (1).

Ainsi, sans repousser systématiquement la rupture de la poche des eaux quand le travail n'est pas arrivé à la dilatation complète, et qu'on se trouve en présence d'un travail qui n'avance que lentement ; sans repousser cette indication lorsqu'il s'agit de provoquer l'accouchement chez une albuminurique très gravement touchée si le lait n'a pas d'action sur la diminution de l'albumine, si les accidents sont graves, si l'accouchement est menaçant ; et qu'on craigne un trop grand traumatisme du fait de l'introduction d'un ballon, ce qui est contestable ; sans vouloir rejeter la rupture des membranes d'une façon précoce en cas de résistance inusitée de ces membranes ; par exemple, nous voyons qu'à part ces cas rares, et même discutables, ce n'est que dans le cas d'hydramnios, quand la dilatation n'avance pas qu'il est vraiment indiqué de rompre précocement les membranes pour que, rapidement, on voie l'orifice utérin arriver à la dilatation complète.

La version par manœuvres internes, favorisée par la conservation du liquide amniotique n'est autorisée qu'avec un col dilaté ou dilatable.

Pour appliquer le forceps, la recommandation de rompre les membranes est inutile puisque, avant d'introduire la première cuiller, la main pénétrant dans le col entièrement dilaté pour reconnaître l'oreille postérieure les a forcément déchirées si elles étaient jusqu'alors intactes.

La lenteur du travail due à la résistance exagérée des membranes n'est guère reconnue qu'au moment où la dilatation est complète et ce n'est qu'à ce moment-là ; et

(1) MEISSNER. *Mon. fur. geb.*, XXVII, p. 48.

quand certains conditions dépendent de l'utérus, de la femme, de l'enfant, et surtout, remplies qu'on est autorisé à prescrire une rupture.

La rupture artificielle des membranes n'est pas le meilleur moyen de faire évacuer *le fœtus qui se trouve en danger*. Si on n'est pas pénétré dans le fatidique labor des Angles de faire cette intervention quand la dilatacion est assez avancée, on ne laisse pas toujours s'attendre à un bon résultat, et le ballon de Champetier est un moyen merveilleux pour se mettre à sauver et de terminer le travail, tout en conservant intactes les membranes.

L'occlusion principale pour cause de bassin rétréci est remplie par la symphysiotomie. Si il est nécessaire de faire naître les accouchements avant terme, ce ne sera point à la rupture artificielle des membranes qu'on devra s'adresser, mais la pénétration sera donnée au ballon de l'anneau ou de Champetier.

Toutefois les cas d'*hyperdynamie utérine*, menant la vie de la femme en danger, on essaiera de sauver l'enfant en prolongant la grossesse tout en ne compromettant pas la vie de la mère. La ponction des membranes au niveau du col permettra d'évacuer la distension des phénomènes mécaniques mais aussi la suppression de la grossesse. La ponction de l'utérus au niveau de la paroi abdominale devra être essayée auparavant pour en éviter la chance, sans porter préjudice à la mère, de sauver l'enfant.

Il ne reste plus qu'une indication. La rupture artificielle pourra des membranes sera faite toutes les fois qu'on se trouverait en présence d'une femme en travail, atteinte d'hyperdynamie, sans progrès, tendue en qu'on verra, de ce fait, le travail ne pas avancer ou avancer si lentement qu'il n'est pas sans danger pour la mère ou le fœtus.

La rupture précoce des membranes, l'évacuation du liquide est le traitement rationnel de la lenteur du travail dû à l'hydramnios, puisqu'on supprime la cause de la surdistension de l'utérus, et la cause de son inertie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION (personnelle).

Hydramnios. Multipare. — Durée du travail 21 h. 1/2, dont 19 heures pour arriver à la dilatation d'une paume de main. Rupture artificielle des membranes. Dilatation complète en 2 h. 1/2. Enfant vivant de 3.800 grammes.

Rue..., Marie, 38 ans, bandagiste, quatrième grossesse.

Sans antécédents héréditaires personnels ni spécifiques. Vient de chez elle ou elle se reposait car elle se trouvait très fatiguée et très facilement essoufflée surtout depuis 1 mois.

Arrive à la Maternité de Saint-Louis le 27 janvier 1893, à 11 heures du matin.

Femme forte, bien constituée, ventre très distendu, 38 centimètres de hauteur utérine; pas de varices, mais œdème assez considérable des jambes.

Le fœtus se présente par l'extrémité céphalique; la tête est mobile au détroit supérieur; en position D. La dilatation mesure 1 franc, la poche des eaux est tendue. Bassin normal. Les douleurs auraient commencé le 27 janvier à 4 heures du matin, mais depuis 9 heures, la femme souffre très vivement.

A midi, la dilatation atteint 2 francs, les bruits du cœur sont bons; la tête est toujours mobile.

A 2 heures, même état.

A 6 heures du soir, les douleurs sont très vives, le ventre est très tendu, douloureux à la pression; les bruits du cœur se ralentissent de temps à autre, la dilatation atteint 5 francs.

A 11 heures, même état, la femme devient inquiète, nerveuse, son

pouls est à 90 ; les douleurs sont moins vives, mais le ventre reste tendu, la poche des eaux aussi, la dilatation atteint une petite paume de main.

A ce moment, on intervient en déchirant les membranes, ce qui est très facile à l'aide du perce-membranes.

Il s'écoule un litre environ de liquide amniotique.

11 heures 1/2, les douleurs qui avaient cessé reprennent, la tête paraît s'engager.

Midi, les contractions reviennent plus régulières et plus efficace ; la tête effectue sa rotation interne pour venir en OP ; à chaque contraction, la femme perd un peu de liquide, ce qui rend difficile à recueillir la totalité de ce liquide.

A 2 heures, la dilatation est complète et l'expulsion a lieu normalement en 10 minutes. A 2 heures 45, il s'écoule après l'expulsion environ 1 litre de liquide amniotique. Enfant vivant de 3 800 gr.

Délivrance naturelle complète.

Poids du placenta : 490 grammes.

OBSERVATION (*personnelle*).

Hydramnios. Multipare. — Durée du travail 15 heures 50. — 13 heures 1/2 pour que la dilatation atteigne 5 francs. Accouchement spontané d'une fille vivante de 2.900 grammes.

St.... Louise, multipare. troisième grossesse. 23 ans, cartonnière.

Sans antécédents héréditaires ni personnels.

En 1895, premier accouchement à terme d'une fille vivante mise en nourrice, morte de méningite à 3 ans.

En 1897, accouchement à terme d'une fille vivante allaitée par sa mère, morte de convulsions à 11 mois.

La date des dernières règles est le 25 avril ; elles ont duré 3 jours.

Entre à l'hôpital le 28 janvier à minuit 55.

Fœtus mobile, en présentation céphalique position gauche, engagement non effectué. Bassin normal. Pas d'albumine dans les urines,

Les bruits du cœur sont bons. La dilatation à son entrée est de 2 francs.

Hydramnios. Hauteur de l'utérus 38 centimètres.

Le travail a débuté le 27 janvier à 11 heures 1/2 du matin.

Les membranes ont été rompues à 1 heure du matin, le 29 janvier, parce que la dilatation était restée stationnaire, que le travail n'avancait pas malgré les souffrances de la femme. Dilatation de 5 francs.

L'engagement s'est effectué aussitôt et à 3 heures 20 l'expulsion d'une fille vivante du poids de 2900 grammes a lieu.

Pas d'hémorrhagie. Le liquide n'a pas été recueilli. La délivrance avec expression est faite à 3 heures 45. Poids du placenta 500 grammes.

OBSERVATION (personnelle)

Hydramnios. Primipare. — 3 litres 800 de liquide amniotique.

Durée du travail 32 heures, dont 29 heures pour arriver à la dilatation de 5 francs.

Enfant vivant de 3000 grammes.

Béd..., Jeanne, 49 ans, blanchisseuse, primipare, ayant encore ses parents bien portants et n'ayant jamais été malade.

Bien constituée, réglée à 15 ans et toujours bien depuis cette époque.

Entre à l'hôpital le 18 septembre 1898 à minuit 40.

Depuis un mois et demi se plaint de maux de tête continuels; de vomissements assez fréquents et d'une gêne respiratoire qui lui interdit la moindre marche. Elle serait mieux cependant depuis quelques jours.

Les douleurs l'ont prise le 17 septembre à 5 heures 1/2 du soir, mais c'est surtout depuis midi que les souffrances sont devenues très vives. Varices aux membres inférieurs, ventre très tendu et volumineux.

Présentation céphalique, non engagée, G. T..

Dilatation 2 francs, membranes tendus. — Bassin normal. Un grand bain tiède.

A 8 heures du soir la dilatation n'a pas augmenté, les bruits du cœur sont bons.

A minuit même état, les douleurs persistent sans amener de grand changement dans le travail.

A 2 heures, hoquet qui dure une demi-heure.

5 heures du matin, la femme souffre toujours, la dilatation atteint 5 francs, les membranes sont tendues.

Les bruits du cœur semblent se ralentir.

8 heures. Un grand bain qui procure un peu de calme, mais n'amène aucun changement dans la marche de la dilatation.

A 9 heures, on rompt les membranes, en faisant maintenir la tête.

10 heures. La tête s'engage par le pariétal antérieur.

11 heures 1/2. La rotation est faite, la dilatation complète.

A 11 heures 45 expulsion spontanée d'un garçon vivant du poids de 3.000 grammes.

Délivrance naturelle complète : 4.800 grammes poids du placenta. Le liquide amniotique recueilli au moment de la rupture des membranes et de l'expulsion est mesuré : 3 litres 800.

OBSERVATION (*personnelle*)

Hydramnios. Multipare. — Durée du travail 17 heures 35, dont 17 heures pour amener une dilatation de 5 fr. Ruptures des membranes. Perversion du mouvement de rotation interne. Dé-gagement rapide en O. S. Tendance à l'hémorrhagie. Fille vivante de 2.800 grammes.

He..., femme Etienne, multipare, 29 ans, artiste lyrique. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels, toujours bien réglée, a toujours bien marché, 6^{me} grossesse.

En 1890, 1^{er} accouchement spontané à terme, garçon élevé au biberon mort à 2 mois de diarrhée, atteint d'ophtalmie.

1891, 2^e accouchement spontané à terme. Fille élevée au biberon, morte à 18 mois de fluxion de poitrine.

1892, 3^e accouchement prématuré de 8 mois, garçon élevé au sein, mort à 16 mois de fluxion de poitrine.

1893, 4^e accouchement spontané à terme, garçon mort à 13 jours.

1896, 5^e accouchement spontané à terme, garçon élevé au sein bien portant.

Entre à la maternité de Saint-Louis le 25 décembre 1898, à 3 heures 40 du soir, elle ne connaît pas la date de ses dernières règles puisqu'elle allaitait, mais a senti remuer au mois de juillet.

La grossesse s'est bien passée, sans accidents sauf des douleurs lombaires très pénibles et un peu de dyspnée.

Le ventre présente de nombreuses vergetures, il est très tendu, l'utérus mesure 43 centimètres, la position du fœtus difficile à déterminer. C'est cependant une présentation de l'extrémité céphalique en position gauche. Les bruits du cœur sont bons à son entrée, la dilatation est de 2 francs, les membranes intactes.

Le travail avait débuté le 25 décembre à 11 heures du matin.

Les douleurs sont lentes et espacées, en arrivant on donne un grand bain.

A 1 heure du matin, le 26 décembre, les douleurs se rapprochent, deviennent plus intenses, la dilatation avance un peu mais moins que ce le ferait penser la fréquence des douleurs.

A 2 heures 1/2, la femme souffre beaucoup, la tête reste au-dessus du bassin très mobile, sans tendance à s'engager, la dilatation est de 5 francs, le ventre est très tendu, l'auscultation des bruits du cœur fœtal est très difficile.

A 3 heures 20 du soir, pour calmer la femme on donne un grand bain tiède qui lui procure un peu de soulagement ; mais la dilatation ne progresse pas.

A 4 heures on rompt les membranes, en faisant fixer la tête : Il est recueilli 4.800 grammes de liquide amniotique, opalescent. La tête s'engage et s'incline sur son pariétal antérieur. Bruits du cœur bons.

A partir de ce moment le travail marche très vite ; mais, on assiste à la perversion dans le mouvement de rotation interne ; l'occiput se dirige en arrière et, à 4 heures 35, l'expulsion a lieu avec dégagement très rapide en occipito-sacrée, après l'expulsion il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique qui n'a pu être recueilli.

Fille vivante du poids de 2.800 grammes.

Après l'expulsion, la parturiente perd du sang assez abondamment : Massage léger de l'abdomen. Injection vaginale chaude.

La délivrance est faite 25 minutes après ; avec expression et traction sur le cordon.

Poids du placenta 520 grammes.

OBSERVATION (personnelle).

Hydramnios. Primipare. — Travail de 18 heures 1/2, dont 16 pour arriver à la dilatation de 5 francs. Ruptures des membranes. Accouchement 2 francs 1/2 après. Fille vivante malgré deux circulaires autour du cou, poids 2,850. Pas d'hémorrhagie.

D..., Berthe, primipare, 18 ans 1/2, fleuriste : ayant encore son père et sa mère bien portants. Elle a eu la scarlatine à 9 ans ; et se plaint d'être très souvent sujette au rhume. Malgré cela santé excellente et bon appétit.

Elle entre à la Maternité de Saint-Louis le 1^{er} septembre 1898, 6 heures 1/2 du soir.

Ses dernières règles datent du 21 novembre 1897 ; elles ont duré 8 jours.

Sa grossesse s'est bien passée, sans accidents sauf cependant depuis 3 mois, où son ventre a grossi si vite qu'elle est venue, il y a un mois, consulter, inquiète aussi de ne plus sentir le fœtus remuer comme à l'habitude, et de la dyspnée qui survenait du moindre effort. Jamais de vomissements.

A son entrée, le ventre est très tendu, globuleux, et se contracte à la moindre tentative de palper.

Signes de l'hydramnios. — On reconnaît que le fœtus se présente par l'extrémité céphalique, que le sommet est fixé en G. A. Sa hauteur utérine mesure 40 centimètres. Les bruits du cœur sont bons. Pas de varices aux jambes, pas d'albumine dans les urines. Les douleurs ont commencé, à midi 30, et sont en ce moment vives et rapprochées. La dilatation est de 0.50 centimes. Bassin normal. Grand bain tiède et injections vaginales antiseptiques.

A 11 heures les douleurs sont moins vives, moins fréquentes, la dilatation marche très lentement, elle atteint à peine 2 francs ; les bruits du cœur sont bons.

A 1 heure du matin, la femme recommence à souffrir très fort ; la dilatation n'avance guère. Les bruits du cœur restent bons.

A 4 heures, voyant que la dilatation est restée stationnaire depuis

1 heure 1/2, (5 francs), on rompt la poche des eaux ; en prenant le soin d'obturer le vagin et dans l'intervalle de deux contractions. Le liquide amniotique n'a pu être recueilli.

Les douleurs reprennent 45 minutes après ; et le travail marche très rapidement. A 6 heures dilatation complète ; à 6 heures 1/2 expulsion spontanée d'une fille vivante du poids de 2 850 grammes, avec deux circulaires autour du cou. Un flot de liquide amniotique s'écoule après l'accouchement.

L'enfant est assez facilement ranimé sans avoir à recourir au tube à insufflation.

Délivrance complète avec expression à 7 heures du matin. Pas d'hémorrhagie.

OBSERVATION (personnelle)

Hydramnios. Secondipare. — Durée totale du travail 27 heures, dont 26 heures pour arriver à la dilatation de la paume de main.

Enfant vivant de 4,050. Hass..., Maria, 24 ans, formeuse à la machine, secondipare. 1 premier enfant accouché spontanément à terme et bien portant, mort à 2 ans de la coqueluche, pas d'antécédents héréditaires, pas d'antécédents personnels ; aucune complication pendant sa grossesse, les urines sont normales. Entrée à l'hôpital le 20 octobre 1898 à 9 heures 1/2 du soir. Femme bien portante, bien constituée ; varices nombreuses aux membres inférieurs. L'utérus mesure 39 centimètres ; le fœtus se présente par le sommet, en G. T. et très mobile. Le bassin est normal. Les bruits du cœur fœtaux sont bons. Le col est effacé, perméable, mais non dilaté. Bassin normal.

Le travail aurait débuté le 20 octobre à minuit. Il marche lentement car ce n'est qu'à 5 heures du soir que la dilatation atteint 5 francs. La femme à ce moment veut absolument retourner chez elle, mais à 10 heures du soir elle revient. Douleurs très vives, vomissements : la dilatation malgré la station debout et la marche qu'elle a faite à la sortie de l'hôpital, n'a pas progressé. Les bruits du cœur sont bons.

A minuit la femme souffre toujours très vivement et sans repos, la dilatation atteint une paume de main ; la tête n'est pas engagée.

A 2 heures 1/2 matin, devant la lenteur du travail, on rompt la poche des eaux, en ayant soin de faire fixer la tête. On recueille 1.125 centimètres cubes de liquide amniotique. A partir de ce moment la tête s'engage, la dilatation s'effectue avec une très grande rapidité, car 1 heure après cette rupture, la dilatation est complète, et la femme accouche spontanément à 2 heures 55 d'un enfant vivant du poids de 4.050 grammes.

Déchirure du périnée incomplète.

Délivrance naturelle complète.

OBSERVATION (*personnelle*)

Hydramnios. Secondipare. — Durée du travail, 15 heures 45. 14 heures pour amener la dilatation d'une paume de main. Rupture artificielle précoce. Tendance du cordon à la procidence. Enfant vivant, 3.750 grammes. Délivrance complète du poids de 510 grammes.

Eugénie Pr..., 22 ans, ménagère, secondipare, sans antécédents personnels ni héréditaires. Réglée régulièrement depuis 16 ans. A toujours bien marché.

En 1897, un premier accouchement à terme d'un enfant vivant, élevé au sein pendant 3 mois, puis au biberon, mort à 10 mois de diarrhée.

Entre à la maternité de Saint-Louis, le 28 octobre 1898 à 2 h. 25 du matin.

Date des dernières règles le 17 janvier 1898 ; durée 5 jours.

La grossesse s'est passée sans accidents. Cependant, depuis un mois elle se trouve très souvent obligée de se reposer à cause d'une dyspnée qui lui interdit de continuer son travail de ménagère ; très souvent aussi sont survenus des maux de tête violents qui durent un et deux jours. Des vomissements particulièrement après le repas du soir.

Cette femme est d'une taille au-dessous de la moyenne, mais bien constituée, les jambes atteintes de varices sont le siège d'un œdème très notable, de même la paroi abdominale. Il n'y a cependant pas trace d'albumine dans les urines.

L'abdomen très tendu présente de nombreuses vergetures, il est globuleux et la hauteur utérine mesure 40 centimètres.

Le fœtus, mobile au détroit supérieur se présente par l'extrémité céphalique en position droite. Les bruits du cœur sont difficilement perçus. Hydramnios et ballotement très net des deux extrémités fœtales : céphalique et connique.

L'orifice utérus présente une dilatation de 2 francs. La poche des eaux est intacte, très tendue et plate.

Les douleurs qui ont commencé le 27 octobre à 10 heures du soir sont vives et fréquentes. Injection vaginale antiseptique et grand bain tiède.

A 5 heures, les douleurs sont très rapprochées. Vomissements. Bruits du cœur bas, la dilatation atteint une paume de main. Mais bientôt les douleurs se calment ; la dilatation ne progresse plus, la tête n'est pas engagée.

A 8 heures $1/2$, même état, la femme malgré le peu de fréquence des douleurs, est inquiète, agitée et demande à se lever.

A 9 heures $1/4$, rupture artificielle des membranes ; en même temps qu'un aide fixe la tête qui s'engage en droite postérieure. Il est recueilli 2.200 grammes de liquide amniotique.

Tendance du cordon de la procidence pendant la rupture, mais qu'on parvient facilement à réduire.

Bruits du cœur bons.

Reprise du travail à 10 heures, dilatation complète à 11 heures et expulsion à 11 heures 20 minutes. Il s'écoule du liquide amniotique qui n'a pas été recueilli. Enfant vivant de 3.750 grammes. Délivrance complète par expression et traction. Poids 510 grammes.

Vu par le Président de la Thèse :

BUDIN.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

PRINCIPALE BIBLIOGRAPHIE

- Auvard.** Travaux d'obstétrique.
Bar. Thèse de Paris, 1881.
Blanc E. *Archives d'obst. et de gynécolog.* Paris, 1886.
Boivin. Mémorial de l'art des accouchements.
Budin. *Bulletin société anatomiq.*, Paris, 1879.
Capuron. Théorie et pratique des accouchements, 1828.
Cazeaux. Traité pratique des accouchements, 1867.
Charpentier. Thèse de 1869. — *Archives de tocologie*, Paris, 1880
Cavaros. Thèse de 1869.
Delassus. *Journal de médecine de Lille*, 1886.
Depaul. *Journal des sages-femmes*, Paris, 1877.
Deventer. Observations importantes sur le mécanisme des accouchements, 1733.
Dubois. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1854. — *Courrier médical*, 1856.
Farabœuf, Varnier. Introduct. à l'étude clinique des accouchements.
Gardien. Traité des accouchements, 1816.
Guillemet. Thèse, 1876.
Jacquemier. Manuel d'accouchement.
Joulin. Traité des accouchements, 1867.
Lepage. *Annales de gynécolog.* Paris, 1888.
M^{me} Lachapelle. Pratique des accouchements, tome I.
Levret. L'art des accouchements, 1761.
Mauriceau. Traité d'accouchements, 1721.
Nicolas. *Dauphiné médical*, Grenoble, 1889.
Ninaud. Contribution à l'étude de l'hydropisie aiguë de l'amnios et de son traitement, Paris, 1893.
Oulmont. *Revue medico-chirurgicale*, 1849.
Pajot. *Annales de gynécologie*, Paris, 1886.
Petit Jean. Thèse 1880.

Phocas. *Annales de gynécologie, et d'obstét.* Paris, 1890.

Pinard. *Annales de gynécologie*, 1886. — *Bulletin médical*,
1^{er} avril 1896.

Ribemont-Desaigne, Pinard, Varnier. Atlas d'anatomie
obstétricale.

Ribemont et Lepage. Traité d'accouchements.

Tarnier et Budin. Traité d'accouchement.

Tillaux. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1886.

Tison. Congrès de Reims, 1880.

Velpeau. Accouchements.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques :
article *Æuf*.



